

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego 04/SABB/2018 - Formularz ofertowy
FORMULARZ OFERTOWY

.....
miejsowość, data

Dane Wykonawcy:

.....
.....
.....
.....

Stowarzyszenie Aktywność bez barier
Gryfino 74-100
ul. Targowa 3

Poniżej przedstawiam następujące warunki realizacji przedmiotu zamówienia (poniższą tabelę należy wypełnić w zakresie części, na którą Wykonawca składa ofertę): L.p.

Poniżej przedstawiam następujące warunki realizacji przedmiotu zamówienia (poniższą tabelę należy wypełnić w zakresie części, na którą Wykonawca składa ofertę): L.p.	Przedmiot zamówienia – usługa i opis usługi	Jednostka miary	Cena jednostkowa za 1 miesiąc w zł (brutto)
1.	Część I – ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ PODCZAS REALIZACJI ZAADANIA SZKOLENIA/KURSY ZAWODOWE	MIESIĄC (100 GODZIN)	Kwota brutto: Słownie:
2.	Część II – ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ PODCZAS REALIZACJI ZADANIA STAŻE ZAWODOWE	MIESIĄC (100 GODZIN)	Kwota brutto: Słownie: